

**Sehr geehrte/r Patient/in, Sehr geehrte/r Klient/in,**

wir freuen uns, Sie bald im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Peters & Kollegen begrüßen zu dürfen. Für die Anmeldung zu einem unserer Kursangebote müssen Sie uns das beiliegende Starter-Paket (Patienteninformation & Behandlungsvertrag) per E-Mail an *info@mvz-pk.de* zukommen lassen.

Mit unserem beigefügten Screening-Bogen möchten wir Sie bereits vor Kursbeginn kennenlernen, um unser Angebot besser auf Sie anpassen zu können. Das Ausfüllen des Screening-Bogens ist freiwillig.

Zum digitalen Ausfüllen des Starterpakets benötigen Sie ggf. ein PDF-Bearbeitungsprogramm. Sollte es Ihnen aus technischen Gründen nicht möglich sein, das Starter-Paket digital auszufüllen, können Sie alternativ das ausgedruckte und ausgefüllte Starter-Paket zu Ihrem ersten Termin mitbringen.

Bei Fragen können Sie sich gern an uns wenden.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr MVZ-Team

## Patienteninformation

### A) ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte/r Patient/in, Sehr geehrte/r Klient/in,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie haben.

#### 1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

**Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:**

Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Peters & Kollegen  
Irina Peters  
Schrockstraße 25  
14165 Berlin

#### 2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte/Ärztinnen erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte/Ärztinnen oder PsychotherapeutInnen, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

#### 3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/Ärztinnen / PsychotherapeutInnen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

#### 4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

#### 5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

**Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:**

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin  
Postfach 31 09 29  
10639 Berlin  
Tel.: (030) 90229-0

**6. Rechtliche Grundlagen**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

**B) ZUM MVZ-BESUCH**

Sie können uns hiermit die Erlaubnis erteilen, dass Ihr Kind selbstständig nach einem Termin die Praxis verlassen darf.

**Darf ihr Kind die Praxis allein verlassen?**

JA

NEIN

**Ich habe alle Informationen zum Datenschutz und zum Besuch des MVZs zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit den genannten Bedingungen einverstanden.**

Berlin, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_  
Patient:in/ Klient:in

\_\_\_\_\_  
ggf. Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigte/r

## Vertrag zu Präventions- und Heilbehandlungen

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer Präventions- und Heilbehandlung wird zwischen der **MVZ Peters und Kollegen GmbH** und

Frau/Herrn _____ geb. am: _____
Wohnort _____
Telefon: _____ E-Mail: _____
ggf. Sorgeberechtigte/r mit Anschrift _____ _____

die Durchführung folgender Präventions- und Heilbehandlung vereinbart:

Behandlung	Dauer	Preis
<input type="checkbox"/> Paartherapie	50 / 90 Min.	153 / 275 €
<input type="checkbox"/> Psychologisches Coaching	50 Min.	153 €
<input type="checkbox"/> Präventionskurs Nr. _____	6 Sitzungen à 90 Min.	375 €
<input type="checkbox"/> Supervision (Einzel)	50 Min.	153 €
<input type="checkbox"/> Supervision (Gruppe)	90 Min.	auf Nachfrage

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Ich wurde darüber aufgeklärt, dass:**

- die von mir gewünschte Leistung nicht mit meiner Krankenkasse abgerechnet werden kann.
- ich für die von mir gewünschte Leistung auch keinen Anspruch auf Kostenerstattung dieser Leistung gegenüber meiner Krankenkasse habe.
- Ich bin bereit, die private Rechnung für die von mir gewünschte Leistung zu bezahlen.

_____ Ort	_____ Datum
_____ Unterschrift Patient:in/Klient:in Sorgeberechtigter	_____ Unterschrift Psychotherapeut:in

## SCREENING-BOGEN

DATUM:

NAME: \_\_\_\_\_ ggf. GEBURTSNAME: \_\_\_\_\_

VORNAME: \_\_\_\_\_ GEBURTSDATUM

### Derzeitige Lebenssituation

#### 01 Geschlecht

- 01  männlich  
02  weiblich  
03  divers

#### 02 Familienstand

- 01  ledig  
02  verheiratet seit \_\_\_\_\_ (Jahr)  
03  verwitwet seit \_\_\_\_\_ (Jahr)  
04  feste Partnerschaft seit \_\_\_\_\_ (Jahr)  
05  geschieden seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

#### 03 Kinder

- 01  Ich habe keine Kinder.  
02  Ich habe Kinder: \_\_\_\_\_ (Anzahl); Alter der Kinder: \_\_\_\_\_

#### 04 Beruf

01 Erlerner Beruf:

02 Derzeitige bzw. zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit:

**Aktuelle Themen**

**05 Bitte schildern Sie Ihre aktuellen persönlichen Themen, die evtl. ein Grund für die Teilnahme an unserem Kursangebot sind oder die Sie aktuell belasten.**

Themen:


**06 Wie stark fühlen Sie sich zurzeit insgesamt durch die genannten Themen belastet?**

- 01  gar nicht      02  wenig      03  mittelmäßig      04  stark      05  sehr stark

**07 In welchen Lebensbereichen fühlen Sie sich derzeit belastet? (mehrere Antworten möglich)**

- |  |   |
|--|---|
| 01 <input type="radio"/> Paarbeziehung         | 05 <input type="radio"/> allgemeiner Bewegungsspielraum |
| 02 <input type="radio"/> Familiensituation     | 06 <input type="radio"/> körperliche Gesundheit         |
| 03 <input type="radio"/> Berufsausübung        | 07 <input type="radio"/> Freizeitbereich                |
| 04 <input type="radio"/> finanzielle Situation | 08 <input type="radio"/> Kontakt zu anderen Menschen    |
| 09 <input type="radio"/> sonstige Bereiche:    |   |

**08 Was ist Ihr Wunsch/Was sind Ihre Erwartungen an die Kursteilnahme?**


**VIelen DANK FÜR IHRE MITARBEIT!**